Aus der Chirurgischen Klinik der Universität
zu Breslau
Direktor: Geh. Med. Rat Professor Dr. Küttner.
Berichterstatter: Professor Dr. Melchior.

Ueber Magencolonfisteln.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde
in der Medizin und Chirurgie bei der medizinischen
Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelm-
Universität zu Breslau

vorgelegt von

Josef Barisch
Arzt.

Breslau 1923.

Druck der Buch- und Kunstdruckerei Barisch & Schindler, Breslau 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

I. Referent: Professor Dr. Melchior.
II. Referent: Geh. Med. Rat Professor Dr. Küttner.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Infolge entzündlicher Zustände, die sich im Magen, Darm oder in der Bauchhöhle abspielen, kommt es häufig zu Verwachsungen mit dem Colon. Entsteht dann durch Fortfall der Zwischenwand zwischen beiden Organen eine Kommunikation, dann haben wir eine Magencolonfistel.

Aetiologisch kommen bei der Entstehung in Betracht: das Carcinom des Magens, des Quercolons, das Magengeschwür, das peptische Jejunalgeschwür nach Gastroenterostomien, die Tuberkulose des Colons transversum, Traumen und Abscesse.

Hauptsymptome sind Koterbrechen und Lienterie, d. h. der Abgang unverdauter Speisereste, accessorische Symptome: rapide Abmagerung, Durstgefühl, faekaler Mundgeruch und faekal riechende Ructus, das plötzliche Aufhören des mitunter lange bestehenden Erbrechens von Speisen. Strauss weisst auf das Auftreten von Fettstühlen hin, wenn keine gröberen Funktionsstörungen des Pancreas vorhanden sind und nach Art der Anamnese die Möglichkeit einer Magencolonfistel vorliegt.

Die Diagnose kann gestellt werden durch Aufblähung des Magens mit Luft, nach Ziemssen durch Insufflation vom Rectum aus. v. Reeves empfiehlt Einläufe von gefärbten Flüssigkeiten, die dann bald per os entleert werden.

Die besten Resultate ergibt die Röntgenuntersuchung. Im allgemeinen wird nach Assmanns Angabe ein Kontrasteinlauf per rectum gegeben.

Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Ileus, Peritonitis und Hysterie.

Die Prognose richtet sich nach dem Grundleiden. In Fällen infolge Carcinom ist sie ungünstig, infolge Ulcus gut.

Die Therapie ist eine chirurgische. Clairmont und Hadjipetros, Elsner, Freud, Linhart, Pòlya, Unruh, Zweig und andere erzielten gute Erfolge.

In der Chirurgischen Klinik an der Universität zu Breslau wurde ein Fall von Magenjejunumcolonfistel von Küttner mit sehr gutem Erfolg operiert.

Bei dem Patienten war 1917 eine Gastroenterostomia retrocolica posterior wegen stenosierendem Ulcus pylori angelegt worden. Nach $4^1/_2$ Jahren bekam der Patient wieder Magenschmerzen, Koterbrechen, plötzliche Durchfälle, kotartiges Aufstossen und faekalen Geschmack. Es wurde die Diagnose Magencolonfistel gestellt. Bei der Operation zeigte es sich, dass die Fistel auf dem Boden eines Ulcus pepticum jejuni postoperativum entstanden war. Der Patient konnte geheilt entlassen werden, und bei der Nachuntersuchung im März 22 hatte er zugenommen und sah blühend aus.